

1905

Palmaro

DES SUPPURATIONS
DES
KYSTES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1905

PAR

Charles PALMARO

Né à Menton (Alpes-Maritimes), le 4 novembre 1874

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, agrégé libre,
	Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUÉRIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT ED.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, <i>président.</i>	MM GUÉRIN, <i>agrégé.</i>
ESTOR, <i>professeur.</i>	PUECH, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBEYRAN
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

C. PALMARO.

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Témoignage de profond amour
et de vive reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

C. PALMARO.

AVANT-PROPOS

Nous profitons de la soutenance de notre thèse pour remercier nos maîtres de l'enseignement qu'ils nous ont donné avec tant de sollicitude et de bienveillance.

Nous prions M. le professeur Tédénat, à qui nous devons le sujet de notre modeste travail, d'agréer, avec nos plus vifs remerciements, l'expression de notre sincère et profonde gratitude.

A notre arrivée à Montpellier, après une interruption d'études de quatre longues années, nous avons été heureux d'apprendre que M. le docteur Soubeyran venait d'être nommé professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le jeune maître n'a pas oublié son camarade d'études ; ses conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Nous en garderons toujours un profond souvenir.

INTRODUCTION

Gallez, en 1873, écrivait : « La suppuration des kystes dermoïdes est un fait exceptionnel ». Il est vrai que cette complication est rare, mais nous ne pouvons pas préciser dans quelle proportion les kystes suppurés se trouvent par rapport à ceux restant aseptiques.

L'histoire des kystes de l'ovaire est extrêmement intéressante à étudier. La thérapeutique chirurgicale qu'on leur oppose a fait tellement de progrès, avec la chirurgie moderne, que le pronostic de cette affection s'est singulièrement modifié et qu'il est devenu excellent pour les kystes, non papillaires, précocement opérés.

Les complications qui surviennent au cours de l'évolution des kystes ovariens ont bénéficié, elles aussi, des progrès de la chirurgie.

Celle qui fait l'objet de notre thèse et qui autrefois était à peu près fatalement mortelle, est très souvent vaincue par l'intervention chirurgicale.

Nous n'avons pas à faire ici l'étude anatomique des kystes de l'ovaire. Quelques points doivent être rappelés. On divise les kystes ovariens en kystes dermoïdes et en kystes mucoïdes. Une troisième variété est représentée par les kystes mixtes qui, comme leur nom l'indique, sont à la fois dermoïdes et mucoïdes. Dans le cas de détermination suppurée, le kyste

dermoïde est plus souvent rencontré ; or, le kyste dermoïde est plus rare que le mucoïde (Olshausen). Il convient donc de dire quelques mots de leur constitution anatomique qui explique peut-être leur plus grande aptitude à la suppuration.

Nous reviendrons sur ce point dans le cours de notre travail. Les kystes dermoïdes sont plus petits en général que les kystes mucoïdes. Ils sont souvent inclus dans le ligament large. Leur surface interne a l'aspect d'une peau macérée, on reconnaît l'épiderme avec sa couche cornée, son corps de Malpighi et ses annexes. La paroi est généralement mixte ; la paroi muqueuse coïncide avec une enclave dermoïde.

A l'intérieur on trouve du sebum, sous forme de mastic ramolli, formant souvent, en s'agglomérant, des boules flottantes. On y trouve des cheveux en petits chignons, agglutinés qu'ils sont par de la matière sébacée. On y voit aussi des dents implantées dans des lames osseuses qui ressemblent vaguement à l'os maxillaire, du cartilage en petites masses. Il existe des tumeurs qui contiennent des parties embryonnaires, des tissus variés, des organes (substance nerveuse, etc.), ou même des embryons rudimentaires. La paroi des kystes mucoïdes est formée de deux couches épithéliales ; entre ces deux couches existe une couche fibreuse et vasculaire.

Le contenu est, en somme, représenté par des mucosités. Quelquefois la substance est semi-liquide, gluante, plus ou moins comparable à du miel, à de la crème, à de la gelée.

Dans les grandes poches le liquide est souvent teinté en rouge foncé, par des pigments sanguins. Cela s'observe surtout lorsqu'il existe des adhérences. Les adhérences sont intéressantes à connaître. En effet, dans bon nombre de cas ce sont elles qui permettent aux agents pathogènes de pénétrer dans la paroi du kyste. Au surplus, lorsqu'elles sont anciennes et résistantes elles ont le triste privilège de créer des diffi-

cultés opératoires, quelquefois insurmontables. « Pendant les » premières phases de leur développement, l'épithélium cylindrique qui recouvre les kystes, les protège contre les adhérences. Plus tard, les pressions réciproques, les frottements, les irritations répétées, amènent la desquamation de cet épithélium, et il se produit des adhérences inflammatoires entre la paroi kystique et l'épiploon, l'intestin, les viscères et même les parois abdominales et pelviennes, Celles-ci d'abord molles et glutineuses deviennent conjonctives, parfois fibreuses et alors très vasculaires. Elles sont faciles à rompre, quand elles sont récentes, deviennent parfois très difficiles à disséquer lorsqu'elles sont anciennes et doivent être sectionnées entre deux ligatures. Quand elles sont très intimes leur dissection peut être impossible ».

(Boursier). Les adhérences sont quelquefois tellement vasculaires que l'on cite des cas qui montrent qu'elles ont permis de vivre à un kyste privé de sa circulation normale par la torsion du pédicule.

« Les vaisseaux du pédicule sont ceux de l'ovaire, ordinairement plus volumineux et plus dilatés qu'à l'état normal. Ils en occupent surtout le bord externe, dans la région du ligament infundibulo-pelvien. Les artères viennent en dehors de l'artère utéro-ovarienne, en dedans de l'utérine. Les veines sont dilatées et suivent le même trajet. Il y a aussi dans le pédicule des lymphatiques et des nerfs (Hegar et Kaltenbach, Schröder).

» L'inclusion des kystes amène autour d'eux une vascularisation exagérée ; les artères se développent et se multiplient, les veines sont dilatées » (Boursier).

Nous allons maintenant entrer dans notre sujet. Après avoir dit quelques mots de l'historique, nous passerons successivement en revue l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie patholo-

gique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Les conclusions viendront après.

Les observations, nous les avons placées à la fin. Les deux premières sont inédites, et nous les devons à l'obligeance de notre maître M. le professeur Tédénat.

DES SUPPURATIONS

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

HISTORIQUE

Hippocrate connaissait les kystes de l'ovaire. Il les traitait par la simple ponction. Les premières observations cliniques de leur suppuration remontent au XVIII^e siècle.

La première est celle de Herbiniaux, qu'il a relatée dans son *Traité d'accouchement* (1794). Elle a trait à la suppuration d'un kyste dermoïde, consécutive à l'extraction d'un enfant par la craniotomie. Ce kyste s'était ouvert spontanément dans le vagin.

Dans son *Anatomie médicale*, A. Portal (1804), cite un kyste de l'ovaire suppuré, qui occasionna la mort par la septicémie.

Dans *The med. and. Chir. Transactions* (1818), Philips donne l'observation d'un kyste dermoïde de l'ovaire suppuré ouvert dans la vessie.

Raiken, de Gand (1820), publie un mémoire au sujet d'un kyste dermoïde suppuré contenant douze dents.

Marchal, de Calvi, expose l'histoire d'un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, compliqué de grossesse ; l'accouchement prématuré s'ensuivit.

Montgomery, en 1846 (in *Dublin Journ. of Med. soc.*), parle d'un kyste de l'ovaire suppuré qui s'est fait jour par la paroi abdominale.

En 1853, Nélaton présente à la Société de chirurgie, un kyste suppuré, ouvert dans l'intestin et à la fosse iliaque.

En 1854, L'honneur en présente un cas à la même Société.

Civiale, en 1860, rapporte à l'Académie de médecine, un cas de kyste suppuré, avec ouverture spontanée à la paroi abdominale.

En 1854, la même année, Mayer, à Berlin, relate dans la *Deutsche Klinik* un cas de kyste suppuré, contenant du gaz et donnant un son tympanique prononcé.

Tous ces cas ont été suivis de mort.

Le premier cas de guérison est présenté, en 1864, par Desprès. Ce chirurgien expose les symptômes, le diagnostic différentiel et le traitement de la complication. Il préconisait la ponction suivie de l'application d'une canule à demeure.

C'est à Keith que revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier l'ovariotomie. Il l'a faite avec succès en 1865.

A. Dubrueil a recueilli une leçon clinique, faite, à la Charité, par Gosselin, en 1869, ayant pour objet l'inflammation et la suppuration des kystes ovariques.

En 1870, Demarquay expose, à la Société de chirurgie, le cas d'un kyste de l'ovaire avec des adhérences à la paroi abdominale et contenant du pus fétide avec des gaz. Demarquay traita avec succès par l'ouverture large à la pâte de chlorure de zinc.

Jusqu'à cette époque la suppuration des kystes ovariques était donc imparfaitement connue, et Gallez n'avait pas tout à fait tort de dire, dans *l'Histoire des kystes de l'ovaire*, « que la suppuration est un fait exceptionnel ».

En 1875, Keith publie dans *Edimb. Med. Journal*, huit cas de kystes suppurés qu'il a traités par l'extirpation totale.

En 1878, Kœberlé fait une bonne étude de la complication, dans son *Traité des maladies des ovaires*.

Spencer Wells, en 1883, en fait aussi une excellente étude, et accuse la ponction d'être la cause des accidents de suppuration.

Page, en 1885 (*Brit. Medical Journal*), étudie la pathogénie et cite un cas où l'infection est partie du tissu cellulaire rétro-cœcal.

En 1886, Olshausen, du *Krankheiten der ovarien*, s'attache à la question de la pathogénie et découvre l'influence des adhérences de l'intestin, surtout en cas de torsion du pédicule.

En 1890, Péan, dans ses leçons cliniques, discute la pathogénie et les symptômes de la suppuration des kystes ovariques.

Pozzi insiste, la même année, sur la fréquence des adhérences intestinales, et leur valeur au point de vue étiologique.

En 1891, Delbet, dans son *Traité « Suppurations pelviennes chez la femme »*, fait une étude de la suppuration des kystes de l'ovaire.

Lair, en 1892, fait une thèse sur la rupture des kystes de l'ovaire et étudie leur paroi.

En 1895, Mangold, de Bâle, fait faire un grand pas à la bactériologie des kystes suppurés.

Bouilly, en 1896, publie un intéressant mémoire sur la suppuration des kystes, avec plusieurs excellentes observations.

Les travaux publiés dans la suite sont notés dans l'index bibliographique qui clôture notre thèse.

ETIOLOGIE

Les causes de la suppuration des kystes de l'ovaire sont multiples. Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur leur rôle étiologique.

CAUSES DÉTERMINANTES

Ponction. — Autrefois, alors que la ponction était si fréquemment faite, dans un but thérapeutique, ou encore pour trancher le diagnostic, on observait très souvent après elle, des phénomènes d'infection. Les accidents survenaient d'autant plus facilement que les règles de l'asepsie n'étaient pas connues. Aujourd'hui, la ponction n'est plus pratiquée que rarement, et lorsqu'on la fait, l'asepsie est tellement rigoureuse, qu'elle expose moins facilement à des déboires.

Incision. — Nous en dirons autant de l'incision.

Les deux éléments étiologiques dont nous venons de parler sont donc négligeables à l'heure actuelle.

Inflammations et suppurations de voisinage. — Les affections suppurées, avoisinant la tumeur, sont souvent la cause de l'infection. Il n'est du reste pas nécessaire, que l'inflamma-

tion primitive se traduise par de la suppuration, il suffit qu'un foyer microbien soit à proximité de la tumeur.

Une entérite simple ou tuberculeuse, une appendicite, une péritonite enkystée, peuvent retentir fâcheusement sur le kyste. Les lésions de l'ovaire ou des trompes, celles de l'utérus, gonococciques ou puerpérales, réalisent dans certains cas l'infection du néoplasme.

Bouilly fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire que l'infection puerpérale se manifeste à grand fracas.

Au surplus, des inflammations utérines peuvent s'installer insidieusement pendant les suites de couches, elles ne se révèlent souvent que longtemps après l'accouchement, elles restent d'abord cliniquement silencieuses. Lorsque le clinicien les découvre, il en fait remonter la cause à l'accouchement antérieur. Une femme qui porte une tumeur kystique de l'ovaire est exposée à voir l'inflammation s'allumer dans le néoplasme. Si l'inflammation utérine est encore silencieuse, au moment où les phénomènes de suppuration éclatent, on sera amené à penser que les désordres se sont produits spontanément.

La grossesse et l'accouchement ne doivent être considérés, en eux-mêmes, que comme des causes prédisposantes. Nous ferons remarquer que l'accouchement peut être comparé à un véritable traumatisme. La grossesse se traduisant par une augmentation considérable du volume de l'utérus, agit à la façon des tumeurs du voisinage, et nous pensons que si celles-ci peuvent provoquer la suppuration du kyste, ce n'est qu'en le comprimant, en un mot, en le traumatisant.

Maladies infectieuses. — Les kystes ovariens, fait extrêmement intéressant, tournent à la suppuration au cours de certaines maladies générales infectieuses. Peut-être ces néoplasmes sont-ils susceptibles de s'enflammer, quelle que soit la na-

ture de la maladie ? Quoi qu'il en soit, Bouilly met en doute l'influence étiologique de l'impaludisme.

La grippe a été signalée comme cause d'infection.

La pneumonie franche a causé la complication, le fait est indéniable.

La fièvre typhoïde a souvent provoqué les accidents, et les auteurs relatent à ce sujet bon nombre d'observations très précises (obs. III et X).

La suppuration survient au cours de la maladie, pendant la convalescence, ou plus tardivement. Quel que soit le moment où elle apparaît, il est démontré qu'elle est l'œuvre de la dothiéntérie.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Adhérences. — Les adhérences constituent une prédisposition importante, ce sont celles en effet qui expliquent le plus souvent le mécanisme pathogénique.

Les kystes inclus dans le petit bassin, probablement parce que les adhérences se font facilement, s'infectent plus volontiers. Il faut tenir compte aussi, qu'ils sont plus exposés à la compression et aux traumatismes, auxquels sont en partie soustraits les grands kystes à situation abdominale, à paroi mince et molle, qui s'insinuent facilement entre les viscères.

Traumatismes. — Les traumatismes, chute sur le ventre, coups de pied dans la région de l'abdomen, sont parfaitement capables d'allumer l'inflammation. On sait qu'ils amènent souvent la rupture de la poche kystique.

Tumeurs de voisinage. — Une tumeur voisine du kyste agit en le traumatisant. Elle peut aussi favoriser la torsion du pé-

dicule. La grossesse, l'accouchement font de même ; il faut se rappeler aussi, que l'état de gravité prédispose par lui-même aux infections en diminuant la résistance naturelle de l'organisme.

Kystes dermoïdes. — Les observations démontrent péremptoirement que les kystes dermoïdes suppurent plus volontiers que les autres.

Torsion du pédicule. — Cet élément étiologique est souvent noté. « Les kystes ovariens exécutent des mouvements de rotation qui amènent une torsion de leur pédicule, sur son axe, et des accidents souvent graves du côté de la tumeur. » Cela arrive surtout, lorsque le pédicule est long et mince. « Tous les kystes peuvent y être sujets ; elle serait plus fréquente peut-être pour les dermoïdes, ce qui tiendrait au petit volume relatif des tumeurs de cette nature. » (Boursier).

Au Congrès de chirurgie (1893), Boursier a proposé la division en torsions complètes ou incomplètes. Les lésions varient dans les deux cas.

« Dans les cas de torsion complète, il y a un véritable étrangement. Les circulations, artérielle et veineuse, y sont complètement interrompues. Le pédicule est d'abord violacé, puis devient feuille morte ; il est en même temps friable et se déchire facilement. »

Il en résulte, même sans rupture du pédicule, un sphacèle total du kyste avec péritonite aiguë généralisée, très rarement une atrophie de la tumeur. On a vu le pédicule seul s'atrophier et la tumeur continuer à vivre, nourri par des adhérences vasculaires secondaires.

La torsion incomplète interrompt seulement la circulation veineuse. Elle occasionne des hémorragies dans la paroi du kyste et dans son contenu ; il se forme aussi des adhérences.

consécutives à l'inflammation de la paroi externe, il y a de la péritonite adhésive. Le pédicule peut se rompre ultérieurement, le kyste a contracté de nouvelles adhérences et grâce à celles-ci il peut vivre. D'après Chalot, ces néo-pédicules ne sont pas à l'abri de la torsion.

La suppuration du kyste, consécutive à la torsion du pédicule, est une complication de complication.

La menstruation peut jouer le rôle de cause prédisposante (Schauta).

Certains kystes se mettent à suppurer sans cause apparente.

PATHOGENIE

Un kyste de l'ovaire, comme toute tumeur, représente un milieu favorable à la pullulation microbienne. Dans tout tissu néoplasique, la nutrition se fait d'une façon moins parfaite que dans les tissus normaux, la cellule souffre. Si la phagocytose a besoin de se faire, elle sera moins active, moins efficace.

Ces conditions déjà si mauvaises seront aggravées si un traumatisme, une torsion du pédicule, viennent à entrer en scène. La compression, par une tumeur du voisinage, ou résultant simplement de la situation du kyste dans le petit bassin, fera du kyste un meilleur milieu de culture.

Pourquoi la suppuration des kystes est-elle plus souvent observée dans les kystes dermoïdes ? Certains auteurs pensent que les kystes dermoïdes, à contenu graisseux, sont par cela même, un milieu de culture très favorable. D'autres disent que le liquide intra-kystique exerce peut-être une action irritante sur la paroi.

Olshausen est d'avis que les kystes dermoïdes, à développement plus lent, et par suite, séjournant plus longtemps dans l'organisme, sont par ce fait même, plus exposés que les autres à voir se réaliser les conditions étiologiques de l'infection. La nature du contenu kystique, pour la variété anatomique mucoïde, serait à considérer. Un contenu plus visqueux, épais, riche en substance coloïde serait plus favorable aux microbes, qu'un contenu plus séreux, plus fluide (Mangold).

La suppuration demande l'intervention des microbes pyogènes. D'où viennent les micro-organismes ? Par quelles voies arrivent-ils à la paroi du kyste ?

Il est démontré que dans les cas de foyers de suppuration ou d'inflammation avoisinant la tumeur, ils pénètrent en suivant les vaisseaux qui siègent dans les adhérences. De l'utérus ils peuvent venir par les lymphatiques, par les veines, et alors il y a de la phlébite. Lorsque les accidents surviennent sans lésion inflammatoire voisine, ce sont les saprophytes de l'intestin qui se mettent en marche vers le kyste, ils vont l'infecter à la suite de traumatisme, et ce sont eux probablement qui déterminent les suppurations sans cause apparente.

Olshausen le premier, qui parle d'infections intestinales jouant le rôle étiologique, dit que l'existence des adhérences est nécessaire et que sans elles la complication ne saurait survenir.

Pour Kealing et Coé, la propagation par une trompe malade et adhérente est possible, et ces auteurs croient à la fréquence de l'infection par l'appendice iléo-cœcal, enflammé et adhérent.

Bouilly met en doute ce mode d'infection. Il a opéré une appendicite suppurée ; dans le voisinage se trouvait un ovaire en dégénérescence kystique, sans traces de suppuration (*La Gynécologie*, 1896). On trouvera plus loin deux observations qui démontrent que Bouilly fait erreur.

Quand il s'agit de maladies générales, on admet que l'infection est hémotogène. Les agents arrivent par les artères qui vont au kyste. On trouve alors le microbe spécial à la maladie, bacille d'Eberth, ect., seul ou associé. Il peut se faire que les germes passent aussi directement de l'intestin en cas de dothiéntérie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le processus inflammatoire fait subir au kyste des modifications anatomiques, qui fondamentalement sont identiques aux lésions que l'on trouve dans tous les cas de suppuration.

A l'ouverture de l'abdomen, lorsque les adhérences n'existent pas, la paroi du kyste est lisse, quelquefois dépolie, avec des plaques rouges. De gros vaisseaux veineux la sillonnent dans tous les sens. La couleur est plus ou moins jaune foncé.

Quand la suppuration est ancienne, la paroi est plus épaisse, grisâtre, d'aspect fibreux. Les adhérences existent dans la plupart des cas. Elles unissent la tumeur aux organes voisins. L'intestin, l'appendice, les trompes, la vessie, peuvent être intimement unies à la tumeur. Les adhérences récentes sont molles, facilement décollables avec le doigt. Au contraire, elles peuvent être très épaisses, très résistantes, aptes à saigner. Leur résistance est parfois si grande qu'il est impossible de les séparer ; on les coupe entre deux ligatures, à moins que leur résistance ne soit extrême et qu'elles soient très étendues.

On observe fréquemment de l'ascite, ordinairement insignifiante. Le péritoine peut contenir du pus. Il peut provenir d'un kyste perforé ou représenter un foyer de péritonite enkystée. La paroi du kyste est mince ou épaissie, elle peut être ramollie, et alors elle se déchire facilement. La face interne de

cette paroi a un aspect grisâtre, comme velouté ; on y observe quelquefois des végétations. A la surface, peut s'être déposée une couche de fibrine plus ou moins épaisse. On peut trouver des flocons de fibrine nageant dans le pus.

L'examen microscopique montre que la paroi a conservé sa structure normale, avec les lésions banales de toute inflammation. L'épithélium de la face externe peut cependant avoir disparu, ce qui a permis la formation des adhérences.

On a trouvé des tubercules dans la paroi, soit du côté du péritoine, soit du côté du kyste. La voie d'accès du bacille de Koch est alors toute démontrée.

Dans la paroi même, on a décelé la présence d'agents pathogènes. Les adhérences ont permis la même constatation. Lannelongue a observé la dégénérescence sarcomateuse de la paroi.

Le pus peut être plus ou moins abondant ; « en moyenne de 1 à 3 litres ».

Il peut être jaunâtre, verdâtre, etc. Son odeur peut être nulle ou au contraire d'une fétidité horrible, due probablement à des anaérobies.

Les divers moyens d'investigation ont permis aux bactériologistes de découvrir dans le pus et la paroi des microorganismes variés.

Ceux qui ont été le plus souvent rencontrés sont le streptocoque, le staphylocoque, qui peuvent être associés. Les infections d'origine génitale et les accidents qui surviennent après la ponction sont presque toujours sous la dépendance de ces microbes.

Les saprophytes de l'intestin ont été rencontrés, le *bactérium coli* commune, le plus souvent. L'infection est alors d'origine intestinale.

Le bacille d'Eberth est parfaitement capable de faire suppu-

rer les kystes ; on l'a trouvé seul, mais il est très souvent accompagné.

Le bacille de Koch a été vu plusieurs fois.

Schauta a vu le diplocoque de la pneumonie.

Quelquefois le pus est stérile, aseptique. Mangold a émis l'opinion que dans ce cas il y a une action irritante spéciale qui s'exerce sur la paroi et qui aboutit à la suppuration aseptique. Cette manière de voir est conforme à ce que nous savons de l'action de certaines substances chimiques qui amène de la suppuration, sans l'intervention des germes. Mais avec d'autres auteurs on peut penser que les microbes ont disparu sous l'influence nocive de leurs propres toxines. Des expériences de contrôle seraient à faire sur ce point, et il est possible qu'on ne se soit pas occupé des anaérobies dans les examens bactériologiques.

SYMPTOMATOLOGIE

On se trouve dans quelques cas en présence d'une maladie qui présente les symptômes suivants. Le pouls est faible, accéléré, caractères qui s'accusent de plus en plus. On compte 120, 130 pulsations. La respiration est fréquente, superficielle, avec angoisse et sensation d'étouffement. Le faciès est gravement et précocement altéré, les yeux sont cernés, excavés, les traits sont tirés, le nez pincé, les joues creuses. Il y a de l'agitation nerveuse ou quelquefois à sa place un calme qui frappe et contraste avec les autres symptômes. Le pouls devient filiforme. C'est le tableau symptomatique d'une péritonite suraiguë. Le fait est rare heureusement et ne se voit guère, nous dit Bouilly, que dans les cas où la suppuration paraît avoir été provoquée par le traumatisme, et où le kyste s'est rompu dans le ventre.

Le plus souvent il n'y a pas de symptômes bruyants du côté de la séreuse péritonéale.

Dans la grande majorité des cas, ce sont les accidents généraux et la fièvre qui apparaissent.

On trouve une tumeur adominale ; on note de la fièvre, accompagnée d'amaigrissement, d'hecticité. La température est élevée, avec des élévations vespérales variant entre 39° et 40°. La malade sue abondamment la nuit ou pendant le sommeil. Nous sommes en présence d'une septicémie.

L'inappétence est complète ; il peut y avoir des vomisse-

ments, des nausées, remarquables par leur constance, comme dans une péritonite.

Abandonnés à leur sort, les malades arrivent à la mort, précédée de marasme.

Bouilly parle d'une malade qui, au début, n'avait présenté que quelques jours de fièvre ; lorsqu'on la confia à ses soins, elle était pâle, amaigrie, cachectique. Les accidents apparurent alors qu'on avait déjà constaté une volumineuse tumeur de l'abdomen. La faiblesse et l'amaigrissement avaient suivi une marche progressive, mais lente.

Un symptôme de grande valeur est l'accroissement rapide de la tumeur. En même temps que les accidents généraux et fébriles entrent en scène, on voit la tumeur augmenter de volume. Il est plus facile alors en palpant l'abdomen de trouver de la fluctuation.

L'élément douleur s'observe fréquemment. En général, la douleur est spontanée. Elle s'exaspère à la pression. Elle existerait surtout dans le cas de retentissement péritonéal, et lorsqu'il s'est formé des adhérences étendues, sa disparition après un certain temps est chose possible. Elle peut être absente durant toute l'évolution de la maladie. Il n'y a alors que les accidents généraux et la fièvre.

On peut observer des phénomènes de compression, qui n'existaient pas avant la complication : œdème des membres inférieurs, troubles urinaires, constipation opiniâtre, troubles dyspnéïques. La compression du plexus sacré et lombaire se traduit par de la paralysie des membres inférieurs.

Mangold a rapporté que, lorsqu'il s'agit d'infection saprophytique (staphylocoques saprophytes, *bactérium coli*, autres saprophytes), les symptômes ne sont pas les mêmes que dans l'infection septique (streptocoque pyogène, staphylocoque pyogène, gonocoque, bacille de la fièvre typhoïde, *bacterium coli* commune, bacille de Koch). S'il s'agit d'infection saprophyti-

que, l'état général reste relativement bon. Le pouls et la température marchent parallèlement. La courbe de la température est celle de la fièvre hectique. La douleur est modérée, il en est de même de la sensibilité du ventre. Souvent il y aurait absence complète de réaction péritonéale.

Dans le cas d'infection septique, les symptômes diffèrent. L'état général est grave. Le pouls est fréquent. La malade a des frissons. On est en présence d'une péritonite étendue. Le pronostic est plus grave, à cause de l'étendue considérable des adhérences, et il faut tenir compte de la virulence plus grande des bactéries pyogènes (Bouilly).

Commandeur et Frarier, de Lyon, ont publié dans la *Semaine gynécologique*, quatre observations de kystes suppurés de l'ovaire. Il résulterait de leurs observations que les symptômes donnent lieu à quatre types cliniques différents. Voici les types qu'ils admettent.

Premier type. — Il est essentiellement caractérisé par des douleurs survenant sous forme de crises, tellement violentes qu'elles arrachent par moments des cris à la malade. Ces douleurs s'atténuent considérablement au bout de quelques jours ; puis elles reparaissent avec le même caractère, ou bien, elles deviennent progressivement plus fortes. En même temps le ventre augmente de volume progressivement. Cette augmentation de volume peut suivre une marche tout à fait parallèle à l'acuité des douleurs, par conséquent avec des rémissions. Il peut arriver que le volume de l'abdomen ne soit pas modifié :

Deuxième type. — « Les accidents éclatent brusquement et se manifestent par des symptômes péritonéaux très marqués ». Cette manière d'être serait surtout l'apanage des suppurations intra-kystiques survenant au cours de la grande infection puerpérale. Ces poussées de péritonite peuvent être séparées par

des rémissions complètes se reproduire plusieurs fois, ou bien céder la place à des crises douloureuses comme dans le type précédent.

Troisième type. — Il tient à la fois des deux types que nous venons de décrire. Pendant plus ou moins longtemps se produisent de petites crises douloureuses, puis tout à coup, brutalement, des symptômes péritonéaux surviennent. Il peut s'agir d'une rupture du kyste suppuré dans le péritoine, mais ce n'est pas la règle absolue.

Quatrième type. — Evolution torpide des lésions, absence de douleurs, tel est le double caractère de cette forme clinique. Il ne se révèle que par une cachexie rapide. Les auteurs pensent qu'il est de beaucoup le plus rare.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — EVOLUTION

L'étude que nous venons de faire des symptômes de l'inflammation suppurée des kystes de l'ovaire ne laisse aucun doute sur la difficulté que le diagnostic peut présenter. Lorsqu'un kyste de l'ovaire a manifesté son existence, par des symptômes d'une netteté parfaite, et il s'agit alors le plus souvent de kystes volumineux situés en plein abdomen, le diagnostic est relativement facile. L'attention est immédiatement attirée du côté de la maladie préexistante. Dès que l'on se trouve en présence d'une femme atteinte d'une tumeur de cette nature et présentant quelques-uns des symptômes précédemment énumérés, il faut pratiquer l'examen et faire l'exploration méthodique de la tumeur pour reconnaître s'il existe de la fluctuation et de la douleur.

Si l'existence d'un kyste est méconnue, comme cela arrive pour les tumeurs de petit volume, le diagnostic n'est posé qu'après la laparotomie, celle-ci ayant été jugée nécessaire par l'attribution des accidents à une suppuration abdominale ou pelvienne, dont il a été impossible de fixer la cause.

Lorsque le kyste s'est révélé d'avance, un caractère important est fourni par l'accroissement rapide de la tumeur ; alors que les accidents généraux et fébriles ont apparu, le volume du ventre s'est considérablement accru, et la malade elle-même s'en est rendu compte le plus souvent et le fait remar-

quer sans qu'on le lui fasse dire par l'interrogatoire. La fièvre, l'amaigrissement, l'hecticité, la cachexie survenant chez une femme portant un kyste, sont des symptômes de grande valeur. Nous en dirons autant de l'inappétence, des nausées et des vomissements pour peu qu'ils persistent. Lorsqu'on est amené à penser que les accidents que l'on observe peuvent cadrer avec la suppuration d'une tumeur kystique, il faut tout mettre en œuvre pour découvrir la tumeur.

Il faut avoir recours à l'inspection de l'abdomen, à sa palpation et ensuite au toucher bi-manuel. Il faut demander à la malade si elle a été toujours bien réglée, si elle n'a pas eu des métrorrhagies, si elle n'a pas eu quelques affections génitales.

Bouilly parle d'une malade qu'il opéra. Il ignorait qu'elle fût atteinte d'un kyste suppuré. Il constatait de la matité et de la sonorité, se déplaçant avec la position donnée à la malade. Croyant avoir affaire à une tumeur maligne de l'abdomen, avec ascite, il fit une ponction dans le but de rendre plus facile l'exploration, après soustraction d'une certaine quantité de liquide. Il retira du pus et diagnostiqua alors un kyste de l'ovaire suppuré. Des gaz développés à la surface du liquide expliquèrent le déplacement de la matité.

Lorsque les douleurs sont généralisées, tellement vives que toute exploration est absolument impossible, et que les symptômes consistent surtout en vomissements, en ballonnement du ventre, on peut croire à une péritonite. Celle-ci se caractérise par des pulsations rapides, 150, 170, 180, faibles, alors que les pulsations sont moins fréquentes, plus nettes, dans la suppuration simple du kyste de l'ovaire, comme dans toutes les affections inflammatoires. Il va sans dire que la péritonite s'observe assez souvent au cours de l'inflammation suppurée du néoplasme.

Le facies doit entrer en ligne de compte. Rouge dans les inflammations, il est pâle dans la péritonite.

Lorsque le kyste est petit on peut le confondre avec un certain nombre d'affections, s'il siège dans la cavité pelvienne.

En cas de pyo-salpinx on note un passé génital, des crises douloureuses antérieures, il y a des troubles de la menstruation. Le pyo-salpinx se reconnaît à ses caractères physiques. Il est peu mobile ou pas du tout, il se trouve sur le côté de l'utérus. La grossesse extra-utérine infectée se distingue par les symptômes suivants : en plus des signes de la grossesse, suppression des règles, modifications du côté des seins, on trouve une hématocele enflammée. Il peut y avoir expulsion d'une caduque. Une douleur violente et brusque, une tumeur à développement très rapide, bombant dans le cul-de-sac postérieur, la température montant quelques jours seulement après le début des accidents feront le diagnostic.

L'appendicite est plus difficilement confondue avec un kyste de l'ovaire suppuré.

Phlegmon du ligament large. « Les commémoratifs, l'analyse minutieuse de tous les symptômes permettent souvent le diagnostic » (Boursier.) Il n'y a de confusion possible que si le kyste suppuré est inclus dans le ligament large. Celui-ci est mobile, son siège est latéral.

Mais le diagnostic est souvent hérissé de difficultés ; et ce n'est alors qu'au cours de l'intervention qu'il est posé.

Abandonné à lui-même, le kyste suppuré comporte un pronostic à peu près fatal.

La terminaison spontanée la plus favorable est l'ouverture de la collection à la paroi abdominale. Même dans ce cas, le plus souvent, une suppuration interminable s'établit, qui épuise la malade et la conduit à la cachexie. Les kystes suppurés peuvent tuer par septicémie sans ouvrir au dehors.

A la faveur des adhérences, l'ouverture, après ulcération,

peut se faire dans la vessie, le rectum, l'intestin, le vagin, la trompe. Ces organes peuvent avoir leurs parois ulcérées et alors le pus se fraye un passage à l'extérieur. Nous avons vu qu'on peut observer la péritonite suraiguë. Dans les cas aigus, le pus peut faire irruption dans le péritoine, on peut se trouver en présence d'une péritonite suraiguë ou d'une péritonite généralisée. Eventualité rare. Ordinairement les adhérences ont pu se constituer et la péritonite reste partielle, enkystée.

TRAITEMENT

En tant que traitement de choix, la ponction, l'incision, le drainage ne sont plus que des souvenirs thérapeutiques.

L'incision dans certains cas est la seule ressource.

Dès que le diagnostic est posé, il faut intervenir par l'ovariotomie, faite pour la première fois par Keith. On fera l'incision simple lorsqu'il existe des adhérences très étendues à la paroi. Elle est seule permise lorsque l'état général est très mauvais.

La marsupialisation convient aux kystes suppurés à adhérences très résistantes ; on la fera aussi en cas de kystes siégeant dans le petit bassin et plongeant profondément. Le traitement consécutif consistera en lavages antiseptiques suivis de drainage, jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. La conduite à tenir est la même dans le cas d'ouverture spontanée dans le rectum et le vagin (Elliot). On fait une contre-ouverture dans le vagin et des lavages fréquents en cas de suppuration ténace.

Lorsque la malade a des accidents péritonitiques, M. Tédenat fait appliquer les compresses humides de Priessnitz, et dès que les phénomènes ont disparu, il pratique la laparotomie.

L'opération comprend les temps suivants :

1° Incision longue de 10 à 12 centimètres, dans la région sous-ombilicale, sur la ligne blanche. Le péritoine est saisi et

incisé sur la même longueur. On pourra ultérieurement agrandir l'incision si elle est insuffisante. La ponction de la tumeur n'est permise que lorsqu'il faut amoindrir le volume du kyste ;

2° Décollement des adhérences avec le doigt ; en cas d'impossibilité, c'est-à-dire si elles sont épaisses, vascularisées, on les coupe entre deux ligatures ;

3° La tumeur mobilisée est attirée au dehors, le pédicule est lié à la Lawson-Tait. On le sectionne au thermocautère. La double ligature en chaîne est effectuée si le pédicule est large.

Enfouissement du pédicule sous un repli du péritoine, pour éviter les adhérences ultérieures ;

4° Suture de la paroi abdominale à deux plans. Pansement sec.

Si des accidents de rétention sont à craindre, au lieu de la suture immédiate on drainera à la Mickulicz, avec la gaze iodoformée.

Pendant toutes les phases de l'acte opératoire, il faut soigneusement éviter la pénétration du contenu du kyste dans la cavité péritonéale.

Le décollement des adhérences et l'extraction de la poche, sont particulièrement dangereux, on doit les faire avec beaucoup d'attention et de prudence. La paroi se déchire avec une extrême facilité.

CONCLUSIONS

1° La suppuration des kystes de l'ovaire est une complication rare au cours de l'évolution de ces tumeurs ;

2° Les causes les plus fréquentes sont : la torsion du pédicule, les suppurations de voisinage, l'appendicite suppurée ; la fièvre typhoïde est, parmi les maladies infectieuses, celle qui est le plus souvent observée ;

3° La suppuration aseptique des kystes est loin d'être démontrée. Tout porte à croire que l'intervention des microbes pyogènes est toujours nécessaire. Il est démontré que le bacille d'Eberth seul, peut entraîner la suppuration de la tumeur ;

4° Si un kyste de l'ovaire a été diagnostiqué d'avance, ou s'il est assez volumineux pour qu'on puisse faire le diagnostic au moment où les accidents surviennent, la fièvre à exacerbations vespérales, accompagnée d'augmentation rapide du volume de la tumeur, surtout s'il y a de la douleur, annonce à coup sûr la suppuration du kyste ;

5° Si le kyste est petit, le diagnostic est des plus épineux ;

6° Abandonné à lui-même, le kyste ovarique suppuré comporte un pronostic très grave, à peu près fatal ;

7° L'ovariotomie est le traitement idéal. En cas de contre-indication, l'incision suivie du drainage et la marsupialisation sont les deux interventions que l'on pratique, selon les cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Kyste suppuré ovarique droit. — Absès appendiculaire, adhérent au kyste.
— Laparotomie. — Excision du kyste et de l'appendice. — Guérison.

Louise C..., 41 ans, réglée à 12 ans. Accouchements nombreux de 23 à 28 ans. Poussée de péritonite pelvienne il y a dix mois (février 1898), qui tint la malade au lit pendant quinze jours. Depuis, douleurs sourdes dans le bas-ventre, plus vives à l'époque des règles, qui se prolongent pendant 8 ou 10 jours, au lieu de 3 ou 4 jours comme c'était le cas antérieurement. Depuis cinq ou six semaines, douleurs plus vives avec fièvre vespérale (38°5, 39°), inappétence, petits frissons. Le ventre est tendu. La malade est adressée à M. Tédénat le 3 décembre 1898.

Elle a maigri, mange peu. Le ventre est ballonné, sensible à la pression dans toute la région sous-ombilicale, mais beaucoup plus à droite. On sent une tumeur arrondie, occupant la moitié droite du bas-ventre et dépassant notablement vers la gauche la ligne médiane. La douleur et la distension de l'intestin rendent l'exploration difficile. Le toucher vaginal montre l'utérus fixé et refoulé vers la gauche, le cul-de-sac de Douglas rempli, douloureux.

M. Tédénat pense à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu et probablement en état de suppuration vu l'état fébrile presque continu depuis plusieurs semaines. Il conseille une laparotomie.

Opération le 8 décembre 1898. Incision médiane sous-ombilicale. Adhérences larges, mais fragiles de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure et à un kyste d'aspect gris jaune. Les adhérences rompues, il s'écoule environ un litre de sérosité avec flocons fibrineux. A la partie moyenne droite de la poche kystique adhère fortement l'appendice dont l'extrémité est distendue par une collection purulente du volume d'une noisette. Tout autour de l'extrémité de l'appendice, adhérences avec points jaunes, qui sont de petits foyers anciens de suppuration. L'appendice est excisé à son origine ; le kyste est ponctionné. Il s'écoule trois litres de pus fétide. Grâce à de larges compresses, l'intestin distendu et rebelle est maintenu, et la grande cavité péritonéale protégée. La poche kystique est décollée, non sans quelques difficultés. Son pédicule long de sept centimètres, épais de trois, mais non tordu, est sectionné après ligature au catgut. Peu d'hémorragie. Toilette du pelvis facile. Guérison rapide et sans incidents. La malade quitte la clinique le 8 janvier 1899.

OBSERVATION II

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, suppuré. — Adhérences à l'S iliaque.
Excision du kyste. — Guérison

Marie N..., 29 ans. Réglée à 13 ans, régulièrement (3, 4 jours), jusqu'à il y a 2 ans. Depuis, les règles durent 8 ou 10 jours, très abondantes pendant cinq jours, avec caillots. Douleurs lombo-abdominales vagues. Mariée à 22 ans, jamais de

grossesse. Pas de pertes blanches. Il y a 3 mois, douleur subite et violente dans le bas-ventre avec nausées ; la malade garde le lit pendant dix jours, souffrant dans tout le centre, ballonnée, très constipée, avec nausées fréquentes.

Hémorragie utérine pendant cinq jours, les règles étant passées depuis huit jours. Le docteur Bourguet crut constater une tumeur, qui lui devint facile à constater quand les accidents péritonitiques disparurent. Il adressa la malade à M. Tédénat le 3 juin 1897.

Constipation, avec souvent des glaires, comme dans les colites muco-membraneuses. Douleurs persistantes lombo-abdominales, parfois très vives, surtout dans les jours qui précèdent les règles, qui se prolongent pendant 8 ou 10 jours.

On sent dans la région sus-pubienne une tumeur arrondie du volume de deux poings, médiane, mais un peu plus développée à gauche, peu mobile ; la malade souffre quand on presse sur la tumeur.

L'exploration combinée montre : utérus normal, légèrement dévié à droite et en arrière, peu mobile. La tumeur est haute, point perceptible par le toucher vaginal. M. Tédénat diagnostique un kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 7 juin : quelques adhérences à la paroi. La poche kystique apparaît grise avec des plaques jaunes à sa partie supéro-postérieure, adhère l'S iliaque ; les adhérences sont peu serrées et faciles à séparer. La poche kystique, peu volumineuse, est enlevée pleine et sans être ponctionnée. Pédicule long de six centimètres, du volume du pouce. Opération facile. Guérison sans incident. La malade quitte l'hôpital le 3 juillet.

La poche kystique contenait du pus franc et une touffe de poils, portés sur une plaque de peau rugueuse ayant 3 centimètres carrés. Sur un autre point de la tumeur, plaque osseuse avec une dent.

OBSERVATION III

Mme Abadie-Feyguine, étudiante en médecine ; M. Abadie, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. — (*Montpellier-Médical*, 1904).
Observation résumée.

Zantchenko. — Contribution à l'étude de la suppuration typhoïde des kystes de l'ovaire. — Travail de la clinique gynécologique du professeur Grousdeff, et du laboratoire de pathologie générale du professeur Zantchenko, à Kazan. *Rouskü Vratch*, 1903, n° 30. En russe.

Femme 28 ans, paysanne, entre à la clinique pour une tumeur abdominale avec fièvre, le 28 avril 1903.

Réglée à 13 ans, toutes les 3 semaines, sans douleurs. Mariée à 18 ans, 4 grossesses normales, la dernière il y a deux ans.

En août-septembre 1902, fièvre typhoïde ; pendant ce temps dans le bas-ventre une tumeur apparaît ; chaque jour elle s'accroît et elle devient la cause de douleurs permanentes, accentuées la nuit, puis par le travail. En outre, frissons et fièvre depuis lors.

Actuellement, température varie le matin entre 36°6 et 37°6, le soir entre 37° et 38°3. Pouls, de 92 à 104.

Dans l'abdomen, au-dessus du pubis, tumeur immobile, résistante, à fluctuation peu nette, mate. Circonférence abdominale maxima : 89 cm. Utérus de 9 cm. en rétro-latéro-version droite, fixé. Dans le cul-de-sac gauche, tumeur résistante et unie à l'utérus. Du col sortent des mucosités.

Le professeur Grousdeff diagnostique un kyste de l'ovaire probablement suppuré et décide l'ablation par la voie abdominale, sans évacuation si possible

Opération le 2 juin 1903. — Laparotomie médiane sous-ombilicale ; adhérences de la tumeur au péritoine antérieur et à

l'intestin. On le libère par des ligatures en masse. Extraction de la tumeur hors du ventre ; deux pinces à pédicule à la base ; section. On lie les vaisseaux et on péritonise le moignon. Puis, plusieurs lavages du péritoine à la solution de Locke, suture de la paroi à plusieurs étages.

Suites normales. — Le 13, on enlève les fils. Réunion par première intention ; la malade sort le 25.

Examen de la pièce — Kyste sphérique, à fluctuation nette, de 85 centimètres de tour ; la surface est couverte de bosselures contenant un liquide épais, blanchâtre, visqueux, et la face interne lisse blanc bleuté, est recouverte d'épithélium cylindrique. La grande loge contient 4.300 c. c. de pus verdâtre sans odeur, avec de multiples grumeaux. La paroi est constituée de deux couches : l'une externe composée de faisceaux serrés, peu vasculaires ; la seconde tellement remplie de leucocytes mononucléés et polynucléés, que la structure du tissu fondamental devient indistincte ; à la surface plus de trace d'épithélium. En aucun point de la paroi, on ne trouve de micro-organismes.

L'étude bactériologique a été faite aussitôt après l'opération. Préparation sur lames, surtout des éléments dégénérés ; quelques mononucléaires et polynucléaires relativement bien conservés, contenant des bacilles courts, épais, à bouts arrondis. D'autres bacilles sont libres.

Culture en bouillon : trouble égal au bout de 24 heures.

Culture en gélatine, en boîtes de Pétri : petites formations rondes, blanc bleuâtre.

Culture par piqure sur gélatine : colonie en clou, blanc grisâtre, avec pellicule à la surface. Pas de liquéfaction.

Culture sur agar, en boîtes de Pétri : multiples colonies, petites, humides, blanc grisâtre, et partout à l'examen microscopique.

pique on trouve les mêmes bâtonnets à bouts arrondis. Ils ne prennent pas le Gram, et en goutte suspendue, manifestent un vif mouvement. Cette dernière propriété a fait penser au bacille d'Eberth.

Pour avoir toute certitude des réactions parallèles ont été faites.

	<i>Bâtonnets du kyste</i>	<i>Bacille d'Eberth connu</i>	<i>Bact. coli</i>
1. Semence du bouillon avec 0.5% de sucre de raisin	Pas de fermentation	Pas de fermentation	Après 24 heures apparition du gaz
2. Semence sur le lait	Pas de coagulation après 15 jours	Pas de coagulation	Coagulation après 24 heures
3. Semence sur pomme de terre	Après quelques jours, la surface est devenue plus lisse et plus luisante		Croûte humide de couleur sale
4. Semences sur le milieu au bleu d'indigo	Pas de changement de couleur		Après 24 heures coloration rouge

Il y avait donc analogie complète avec le bacille d'Eberth.

Autres preuves. Le sérum d'un chien immunisé contre l'infection éberthienne donnait en un quart d'heure à 1/100 une agglutination des bâtonnets de kyste, avec éclaircissement complet du liquide, et dépôts de flocons en 1 h. 45.

Le sérum de la maladie agglutine le bacille d'Eberth du laboratoire dans la solution à 1/300 ; par contre, aucune agglutination de bactérium coli après cinq heures d'observation, même dans une solution à 1/10.

Autre preuve encore : un lapin sera immunisé contre le bâtonnet du kyste, et l'on suivra ensuite les relations de son sérum avec le bacille d'Eberth. Tout d'abord on constate qu'il ne produit aucune agglutination, même à 1/10. Puis chaque jour, dans l'abdomen du lapin, trois injections d'émulsion salée d'une solution d'agar, de 24 heures, avec les bacilles à étudier,

tués par le chauffage au bain-marie, pendant 1 heure à 60°. 22 jours après, dans une solution à 1/2000, le sérum de lapin donne en 20 minutes un commencement d'agglutination des bacilles d'Eberth de laboratoire, avec éclaircissement et dépôt à 1 h. 40. Par contre, nulle agglutination du bactérium coli, même à 1/10.

OBSERVATION IV

(Professeur Tédénat. — Thèse Serguéeff, 1903)

Kyste mucoïde de l'ovaire gauche. — Torsion du pédicule. — Adhérences à l'intestin grêle. — Suppuration d'une poche au niveau des adhérences intestinales. — Guérison rapide. — Accouchement normal 3 ans après.

Zulma Sous..., 30 ans, ménagère, est adressée à M. le professeur Tédénat par le docteur Maquet, de Ganges, 10 novembre 1891.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement ; à partir de 18 ans, menstruation régulière, durant 5 jours, abondante, avec coliques vives pendant les deux premiers jours ; peu de pertes blanches, et seulement avant et après les règles.

Mariée à 26 ans. Six mois après, avortement au troisième mois, suivie de métrorragies avec caillots pendant 4 mois.

Il y a deux ans, accouchement à terme d'un enfant mort par circulaires du cordon. Un peu après l'accouchement, on constate une tumeur abdominale. Etat actuel, 10 novembre 1891 : malade de constitution délicate. Depuis une dizaine de jours, douleurs abdominales vives. Facies rouge, grippé, langue et lèvres sèches. Pouls à 120. Température 39°. Haleine fétide. Anorexie. Constipation. Râles sibilants et ronflants, disséminés dans les deux poumons. Amaigrissement considérable remontant à deux ans, ayant augmenté beaucoup depuis dix jours.

Il existe une tumeur, remontant jusqu'à l'ombilic, déjetée un peu à droite de la ligne médiane, arrondie, lisse, fluctuante, peu mobile. D'ailleurs les douleurs du ventre rendent l'exploration difficile. Un peu d'ascite aux flancs, surtout à gauche.

Rien à noter du côté de la vulve. Vagin souple avec un vague œdème des culs-de-sac. Le cul-de-sac gauche est large, souple. Vers le cul-de-sac droit rétréci, est refoulé le col. On sent les annexes droites un peu endoloris. Nous avons affaire à un kyste de l'ovaire gauche.

14 novembre. — Opération. Le repos des compresses de Priessnitz ont amélioré l'état de la malade. Elle souffre moins, le facies est moins grippé, mais il y a toujours de la fièvre. T., 38°9 : p., 100. Anesthésie à l'éther. Ouverture rapide et médiane de l'abdomen par une incision sous-ombilicale de 12 centimètres. Il s'écoule environ un demi-litre de sérosité. La face externe lisse, avec quelques adhérences disséminées, rouges, molles, présente des plaques ecchymotiques, larges, avec trois nodules hématiques, du volume d'un fruit d'amande, au voisinage du pédicule.

Dans la région supérieure, court la trompe, épaissie, moniliforme, oblitérée à 3 centimètres du pavillon, par un nodule fibro-myomateux, d'une dureté ligneuse. Les franges du pavillon sont souples et libres de toute adhérence.

Le pédicule a gardé sa torsion, par suite d'adhérences fibreuses soudant les deux tours de spire très nets. Sur la coupe de section, on voit des veines thrombosées à parois épaisses.

Sur la grande poche est accolée une poche du volume d'un œuf, à laquelle adhérerait sur une étendue de 3 centimètres une anse d'intestin grêle. Cette petite poche ne communique pas avec la grande. Elle a une paroi mince, rugueuse, jaune avec points d'hémorragie interstitielle à sa périphérie. On voit par transparence le pus qu'elle contient. Ce pus, recueilli avec les précautions d'asepsie habituelle est grisâtre ; flocons de fibri-

ne. La main décolle quelques adhérences molles, qui ne saignent pas, et la tumeur est facilement amenée à l'extérieur.

Une anse d'intestin grêle adhère fortement à une poche kystique du volume d'un œuf, occupant la partie droite de la grande poche. Cette adhérence est décollée, sans dommage pour la paroi intestinale. Pédicule long de six centimètres, cylindroïde, du volume du pouce, tordu deux fois sur lui-même, de gauche à droite. Ligature du pédicule à la Lawson-Tait. Section au thermocautère. Pédicule abandonné dans l'abdomen. Suture à deux pans de la paroi abdominale. Pansement sec. L'opération a duré un quart d'heure.

La température tombe à 37°4 le soir de l'opération et ne remonte à 38°, d'ailleurs sans aucun autre malaise, que le 18 novembre, jour où paraissaient régulièrement les règles, qui durent quatre jours. Pouls variable entre 80 et 95.

26. — Premier pansement. Sutures enlevées. Réunion parfaite. La malade quitte l'hôpital le 8 décembre en bonne santé. En septembre 1899, elle accouche à terme après une grossesse à évolution normale.

Examen anatomique du kyste. — Arrondi, volumineux. Il a été examiné au laboratoire du professeur Kiener : il contient de nombreux colibacilles et des streptocoques plus rares. La face interne de cette cavité kystique a le même aspect que celui de la grande cavité : tractus fibreux multiples, produisant des aréoles superficielles. Ça et là la poche présente des nodules, des plaques épaissies, d'apparence fibreuse, dans lesquelles l'examen microscopique a montré la présence de menues formations kystiques à épithélium cubique.

Aucune trace d'infection dans la grande cavité kystique.

Il est donc à peu près certain que l'infection colibacillaire de la petite cavité kystique s'est faite, grâce aux adhérences qu'elle avait contractées avec l'intestin grêle.

La torsion du pédicule a dû favoriser l'infection,

OBSERVATION V

(Thèse Serguéeff. — Professeur Tédénat)

Kyste ovarique bilatéral. — Double pyosalpinx. — Suppuration du kyste. — Ablation. — Guérison

Marie R..., épouse V..., demeurant à Montpellier, entre le 11 juin 1895 dans le service de M. Tédénat.

La mère de la malade est morte, à 58 ans, d'une tumeur abdominale. De santé générale bonne, la malade a été réglée à 14 ans. Menstruation régulière, durant quatre ou cinq jours, d'abondance moyenne, avec douleurs assez vives dans la région sacro-lombaire.

Accouchement au forceps à 18 ans. Accouchement naturel à 22 ans. Depuis le second accouchement, souffrances habituelles dans les reins, le bas ventre, les cuisses, plus vives à l'époque des règles qui durent huit jours. Il y a cinq ans, métrorrhagie pendant deux mois, accompagnée de vomissements, ballonnement du ventre.

Il y a trois semaines, difficultés pour uriner qui durent huit jours : fièvre, ballonnement du ventre, nausées et vomissements, douleurs lancinantes dans les reins et le ventre. On constate alors l'existence d'une tumeur, plus développée du côté droit du ventre, et atteignant presque l'ombilic. A l'entrée à l'hôpital de la malade, on note : tumeur occupant la moitié droite du Douglas, rejetant l'utérus en arrière et à gauche. Le col est granuleux, induré. OEdème dur du cul-de-sac postérieur. La tumeur est nettement fluctuante, douloureuse.

A gauche, seconde tumeur analogue à celle de droite, dont elle est bien distincte, mais plus petite. Son fond remonte à cinq travers de doigt, au-dessus de l'arcade crurale. Le cul-

de-sac gauche est douloureux et induré. Pour calmer les accidents péritonitiques, d'ailleurs peu menaçants, M. Tédénat fait appliquer le maillot humide de Priessnitz. La malade rend peu d'urine, 5 à 600 grammes avec 0,50 d'albumine et 6 grammes d'urée. Pour augmenter la diurèse, elle prend, matin et soir, un lavement salé, à garder, de un demi-litre.

Les douleurs étant calmées, l'urine plus abondante (12 à 1500 grammes), le taux de l'urée plus élevé (16-18 grammes) la laparotomie médiane est pratiquée le 22 juin 1895.

La trompe droite adhère mollement à la paroi abdominale antérieure. Elle contient dans son tiers externe une collection de pus du volume d'un petit œuf de poule et adhère fortement à un kyste de l'ovaire droit arrondi, ayant environ vingt-cinq centimètres de diamètre. Adhérences molles, récentes de l'intestin grêle, à la partie postéro-supérieure du kyste. Elles sont facilement décollées et le kyste, avec le pyosalpinx lui adhérent, sont amenés au dehors. Section du pédicule, au ras de l'utérus. Thermocautérisation de la ligne de section, qui est enfouie sous un surjet.

A gauche, kyste à parois minces, du volume d'une orange. A sa partie antéro-inférieure, on voit l'ovaire avec un corps jaune récent ; à sa partie postéro-supérieure est la trompe épaissie, adhérente avec un pyosalpinx du volume d'une grosse noix. Ablation comme pour le côté droit.

Mickulicz. L'opération a été rapide, sans épanchement de sang ou de liquides pathologiques dans le péritoine.

23 juin. — Nuit bonne. Température 37°4. P. 100 le matin ; T. 37°8. P. 110 le soir. Etat général bon.

Tout va très bien jusqu'au 28 juin, où le Mickulicz est enlevé. Urine abondante. Défécation normale, pas de douleurs.

1^{er} juillet. — Sutures enlevées. Réunion parfaite, sauf sur une longueur de deux centimètres en bas pour le passage du drain.

5 juillet. — Petite fistule stercorale. La malade est purgée. Compresses humides.

20 juillet. — La fistule est fermée depuis trois jours. Elle a toujours donné très peu d'écoulement, jamais de gaz.

Guérison complète le 28 juillet. Ventre souple et indolore. M. Tédénat a revu la malade à plusieurs reprises jusqu'en mai 1900. Elle jouissait d'une bonne santé, sans aucun troubles somatiques, pshychiques ni génitaux.

Examen des pièces. — Le kyste de l'ovaire droit forme une grande poche contenant un litre et demi de pus crémeux, ayant la fétidité particulière au pus développé au voisinage de l'intestin. Trois petites cavités kystiques dans l'épaisseur de la paroi. Masse solide, du volume d'une grosse noix, à la face interne, sur laquelle courent plusieurs travées, formant une saillie de un à deux centimètres.

La trompe a son pavillon fermé et adhérent à l'ovaire ; les franges sont fortement soudées entre elles et la surface du kyste ovarien. Pyosalpinx. Le kyste de l'ovaire gauche contient un demi-litre de liquide séreux, clair. Sa paroi est mince et sans papilles. Pus clair dans la trompe, qui présente des nodules fibroïdes multiples.

OBSERVATION VI

(Thèse Serguéeff. — Professeur Tédénat)

(Observation recueillie par Lapalle)

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Trois ponctions antérieures. — Adhérences. — Suppuration. — Extirpation du kyste. — Guérison per primam.

Marthe Anc..., domestique à Arles, 46 ans. Entrée le 12 décembre 1886 dans le service de M. Tédénat. Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier. Il y a trois ans, tumeur occupant

la partie inférieure gauche de l'abdomen. Elle augmente progressivement de volume, sans douleurs, et devient peu à peu médiane.

Il y a un an, ponction qui donne huit litres de liquide jauneâtre, visqueux.

Trois mois après, deuxième ponction de cinq litres de liquide, semblable à celui de la première ponction.

Au commencement de septembre 1886, troisième ponction, qui donne 4 litres de liquide, couleur chocolat ; la tumeur diminue environ de moitié. A la suite de cette ponction, la malade eut, pendant dix jours, des douleurs lancinantes dans le ventre, des nausées pénibles, du ballonnement. Elle entre à l'hôpital à cause de l'augmentation du volume de l'abdomen, qui reste douloureux. Elle a aussi perdu l'appétit, a de petits frissons de temps en temps.

Rien à noter du côté de l'hérédité. Réglée à 13 ans, menstruation irrégulière, se prolongeant de 10 à 15 jours, supprimée depuis 4 mois. Non mariée, pas de grossesse.

A l'entrée de la malade, on note : tumeur arrondie avec quelques bosselures, un peu plus développée à gauche de la ligne médiane dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Un peu d'ascite. Culs-de sac vaginaux libres.

15, 16, 17 décembre. - Douleurs de ventre lancinantes, coliques intestinales avec cinq à huit selles par jour. Pouls varie entre 90 et 110. Température 37°8, 38°4, 38°6.

18 décembre. - Ovariectomie aseptique. Adhérences étendues à la paroi abdominale, fermes. Il y faut par endroits employer les ciseaux et placer cinq ligatures.

Adhérences molles à l'S iliaque. Pédicule long de 6 centimètres, large de 4 centimètres, épais de 1 centimètre. Nœud de Lawson-Tait, section au thermocautère et péritonéisation. Suture à anse unique, à la soie. Neuf points à la suite de l'opération. Le pouls tombe à 75-90. La température oscille entre

37°5 et 38°2. Vomissements chloroformiques pendant la journée de l'opération.

28 décembre. — Réunion parfaite, apyrexie, bien être, selles faciles.

La malade quitte l'hôpital le 15 janvier 1887.

Examen des pièces. — Une grande poche de dix litres contenant un liquide visqueux, couleur chocolat. A son intérieur trois masses dont le volume varie d'une grosse noix à un œuf de poule, paraissant solides, mais à la coupe on y voit de menus kystes à contenu jaune clair. Tractus fibreux disséminés et courts, faisant saillie à la face interne de la paroi. Cette poche est séparée, par une cloison complète, d'une poche de la contenance de 1 litre, remplie de pus franc. La trompe épaissie et contenant une collection purulente du volume d'une noix, adhère à cette petite poche purulente. C'est sur la grande cavité qu'avaient porté les ponctions. L'infection de la petite cavité kystique paraissait provenir du pyosalpinx.

OBSERVATION VII

(In thèse Théophilidès. — Professeur Tedenat)

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit. — Perforation étroite fermée par des adhérences épiploïques. — Torsion du pédicule. — Ovariectomie. — Mort.

A. J..., 28 ans, demeurant à Florensac, entre à l'hôpital le 3 août 1894, au numéro 4 de la salle Fuster, dans le service de M. le professeur Tedenat.

Rien d'important à signaler dans les antécédents héréditaires de la malade. Sa santé générale a été bonne jusques il y a 3 ans. Régulée à 16 ans, abondamment pendant 3 à 4 jours,

avec quelques douleurs. Elle a souvent eu des pertes blanches et des caillots sanguins.

Mariée à 18 ans, elle a eu trois accouchements à terme et normaux. Depuis le dernier qui remonte à 3 ans, douleurs fréquentes dans le flanc droit, qui est un peu tuméfié. Les règles ont continué à être régulières, mais plus abondantes. Elles durent 6 à 8 jours.

Il y a un mois, des douleurs violentes surviennent brusquement dans le côté droit du ventre, ne tardent pas à s'étendre à toute la région sous-ombilicale. Elles s'accompagnent de nausées, de constipation, de ballonnement.

Cette poussée péritonitique dure une dizaine de jours et alors on constate l'existence d'une tumeur, occupant la moitié inférieure droite du ventre, dépassant un peu la ligne médiane.

Abdomen endolori, constipation, perte d'appétit ; le 3 août la malade est amaigrie, les pommettes rouges, d'aspect cachectique, fièvre continue, pouls à 100. Douleurs vives au niveau de la tumeur. Le ballonnement, la sensibilité de l'abdomen rendent l'examen difficile. On sent pourtant une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'adulte, avec un peu d'ascite. L'utérus est mobile et en rétroversion. La tumeur occupe la moitié droite, sa partie supérieure dépasse l'ombilic, sa partie interne dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane. Sécrétion urinaire diminuée, 500 gr. d'urine avec 8 gr. d'urée totale.

6 août. — Laparotomie. Adhérences, avec l'intestin, récentes, faciles à décoller, avec points purulents. L'épiploon adhère à la partie supérieure de la tumeur sur une surface de 5 à 7 centimètres carrés, rouge, avec îlots de pus. Une masse épiploïque, du volume de deux poings, durcie par l'inflammation, est réséquée et extirpée avec la tumeur dont le pédicule, long de 6 centimètres, épais de deux, a subi une torsion complète ; toilette minutieuse du péritoine infecté depuis quelques

semaines, comme le prouvent les lésions suppuratives ci-dessus décrites ; suture avec application d'un Mickulicz. La malade succombe 24 heures après l'opération.

Examen de la pièce. — Poche à une seule loge, à parois épaisses, de trois à cinq centimètres selon les points. Dans son épaisseur existent de nombreuses plaques calcaires, faisant saillie à sa face externe.

La cavité est remplie de pus fétide, de matière sébacée et de poils. La face interne présente une plaque dure, d'aspect cartilagineux, dans laquelle s'implante une dent ayant la forme d'une caninè. Cette plaque a deux centimètres d'épaisseur, cinq centimètres de longueur, quatre de largeur ; elle adhère solidement à du tissu fibreux, épais, mêlé de lobules adipeux. Un peu en dehors d'elle, existent deux saillies mamelonnées, hérissées de papilles.

Dans les espaces interpapillaires s'attachent une vingtaine de gros poils longs.

La poche présente une perforation de 1 centimètre de long, de 2 millimètres de large, oblitérée par les adhérences épiploïques. A ce niveau la trompe, remplie de pus, adhère à la fois à l'épiploon et à la paroi kystique. La partie interne de la trompe est épaissie, mousse, spiralée.

Il est probable que l'infection du kyste s'est faite par le pyosalpinx et que les accidents péritonitiques survenus un mois et demi avant l'opération sont dus à l'action combinée de la torsion et de l'infection salpingienne.

OBSERVATION VIII

(Mauclaire. — Annales de Gynécologie, 1901)

Kyste de l'ovaire suppuré avec ouverture dans le vagin. — Rupture imminente du kyste dans la cavité péritonéale. — Laparotomie. — Guérison, malgré l'issue du contenu dans la cavité péritonéale.

Femme âgée de 69 ans. Trois grossesses normales. Ménopause à 48 ans. Depuis neuf mois, l'abdomen a augmenté de volume. Le 27 mars 1900 la malade a remarqué qu'elle perdait par le vagin un liquide roussâtre. Ces pertes étaient presque continuelles : la malade était obligée de se garnir constamment. Cet état persiste depuis 6 mois. La malade entre, le 1^{er} août 1900, dans le service de M. le professeur Le Dentu, que nous remplaçons à l'hôpital Necker.

Actuellement le ventre est énorme, globuleux, mais l'augmentation de volume porte surtout sur le côté gauche et remonte au-dessus de l'ombilic. A la palpation, la fluctuation est évidente ; la consistance est la même partout, la tumeur descend jusque dans le petit bassin, dans lequel elle est enclavée.

A la percussion, la matité est régulière sur la tumeur ; l'intestin est repoussé à droite. Il ne semble pas y avoir d'ascite. Au toucher vaginal, le cul-de-sac postérieur bombe légèrement. Au spéculum, on constate l'existence d'un petit orifice dans le cul-de-sac latéral gauche. Par cet orifice, s'écoule un liquide jaunâtre, teinté de sang. En pressant sur le ventre, le liquide sort assez abondamment. Pas de troubles urinaires. Quelques vomissements verdâtres depuis quelques jours. Etat général assez bon, mais température 38°.

Le 2 août, la malade, qui se laisse très mal explorer, est endormie ; nous essayons de cathétériser le trajet et de mettre un

drain ; l'hystéromètre pénètre très à fond ; il n'en sort pas plus de liquide pour cela. Nous introduisons un drain dans le trajet fistuleux.

3 août. — Vomissements, température, 39°5, sensibilité assez marquée du ventre.

8. — Amélioration de la réaction péritonéale. Dès lors, l'intervention par la voie haute s'impose, malgré l'âge avancé de la malade.

12. — Laparotomie. Pas d'ascite. Le grand épiploon est étalé au-devant de la tumeur et adhérent en plusieurs places à la face antérieure du kyste. En détachant très doucement une de ces adhérences, qui n'était pas très résistante, la poche s'ouvre brusquement dans la cavité péritonéale. A ce niveau de la rupture la paroi présentait à peine 2 millimètres d'épaisseur. Elle était rougeâtre et congestionnée. Le liquide kystique, 5 ou 6 litres approximativement, est grisâtre et nettement purulent. Les anses intestinales ont été en contact avec le liquide purulent. Celui-ci est enlevé avec des compresses stérilisées ; le petit bassin est bien essuyé à plusieurs reprises. Ablation du kyste. Dans cette manœuvre, on ne trouve plus l'orifice de communication avec le vagin, et étant donnée l'irruption du liquide dans le péritoine, je ne m'attarde pas à le rechercher longtemps. Il n'y avait pas d'adhérences entre le kyste et l'intestin. Avec un Mickulicz on draine le pelvis au niveau du cul-de-sac de Douglas. Notons que nous n'avons pas fait de lavage de la cavité péritonéale, mais un minutieux essuyage. Quant au vagin, il avait été, au préalable, bien désinfecté et tamponné à la gaze iodoformée.

13. — La température est tombée à la normale. Pas de réaction abdominale.

14. — Les suites opératoires furent très régulières et la guérison complète très rapide.

En examinant les parois de la pièce, on constate que le point de communication avec le vagin, et, étant donnée l'irruption du

si peu épais de la paroi était aussi large que la paume de la main. La rupture spontanée était à notre avis imminente. Ailleurs, l'épaisseur des parois est d'un demi-centimètre environ, c'est-à-dire normale. Impossible de retrouver en bas le point de communication avec le vagin. Nous n'avons pas pu avoir un examen histologique de la paroi kystique ; comme celle-ci était relativement peu épaisse, nous pensons avoir affaire à un kyste séreux et non à un kyste dermoïde. Le liquide n'était pas huileux et ne contenait pas de matière sébacée, ni des débris de poils, ni des tissus.

OBSERVATION IX

(Mauclaire. — Annales de Gynécologie, 1901)

Kyste para-ovarien intraligamentaire à contenu purulent et aseptique

C. N..., âgée de 26 ans, entre le 1^{er} juin 1901 dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Bichat.

Cette femme a eu son deuxième enfant, il y a 19 mois, sans complications. Il y a trois mois, survinrent des douleurs pelviennes, surtout marquées à droite.

Depuis deux mois, les règles sont supprimées et la malade se croit de nouveau enceinte. Il y a trois semaines apparaissent des crises de douleurs pelviennes très vives, au point de supprimer le sommeil et accompagnées de diarrhée. Nouvelles crises, il y a deux jours, accompagnées de fièvre, 39°8. A l'examen local, on trouve l'abdomen un peu distendu, sensible à la palpation, surtout à droite ; au toucher vaginal, l'utérus est repoussé un peu à gauche par une masse latéro-postérieure douloureuse au toucher.

Etant donnés les antécédents sus-indiqués, nous pensons vo-

lonniers à une hématocele rétro-utérine. Laparotomie le 15 juin. On tombe sur une masse englobée dans le ligament large droit. Cette masse, du volume de deux poings d'adulte réunis, est un kyste intra-ligamentaire. L'énucléation est facile. Nous sommes étonné, en faisant ouvrir la poche, de trouver du pus verdâtre comme de la purée de pois. Par mesure de précaution, nous mettons un drainage à la Mickulicz. Il n'y avait aucune adhérence intestinale, appendiculaire ou autre. La trompe droite paraissait saine. Dès le lendemain la température tomba et les suites de l'opération furent normales.

Disons enfin que la malade était entrée tout d'abord dans un service de médecine, avec le diagnostic d'appendicite.

Examen de la pièce. — Les parois de la poche sont régulières et peu épaisses : pas de trace de tissus pouvant faire croire macroscopiquement à un kyste dermoïde. Pas d'examen histologique.

Au point de vue bactériologique, nombreux globules de pus. Deux cultures sur gélose et sur bouillon ont donné un résultat négatif.

OBSERVATION X

(Traduite et résumée d'après Pit'ha, Centralblatt für gynakologie 1897)

La malade, B. J..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 6 février 1897.

Réglée depuis 14 ans ; menstruations irrégulières ; il y a 2 ans, absence des règles pendant 6 mois. Il y a 4 mois, la malade a eu la fièvre typhoïde, qui l'a obligée de garder le lit pendant 4 semaines. Dans la dernière semaine de la maladie, la

malade a remarqué une grosse tumeur douloureuse du côté droit de l'abdomen.

Etat actuel. — La malade est faible, fortement anémiée. Poumon et cœur normaux. Pas d'albumine ; température normale, pouls accéléré.

L'abdomen est distendu par une tumeur qui siège plutôt du côté droit et plonge dans le bassin. L'examen par le vagin ne peut pas se faire, la malade étant vierge. L'exploration par le rectum montre que tout le petit bassin est rempli par la tumeur.

21 février. — Anesthésie. Opération. Ponction de la tumeur à travers la paroi abdominale avec une aiguille de Pravaz ; petite quantité de pus. L'examen microscopique, pratiqué sur le champ, montre de nombreux globules de pus ; pas de microbes.

Dilatation de l'hymen, ponction de la tumeur par le cul-de-sac postérieur avec un fin trocart. Le pus est recueilli dans des éprouvettes. Ouverture de la tumeur avec un thermocautère : 3 litres de pus contenant des cheveux. Diagnostic : kyste dermoïde suppuré.

On ne peut pas penser à l'extirpation par le vagin. Lavage de la cavité kystique avec de l'eau bouillie ; le vagin est rempli de gaze iodoformée.

Laparotomie. La tumeur siège derrière l'utérus ; nombreuses adhérences avec les parois du bassin ; extirpation difficile, la tumeur étant enclavée dans le Douglas. Ligature du pédicule. Pansement.

La malade sort le 16 mars.

Examen de la pièce. — Kyste dermoïde multiloculaire. La paroi kystique est épaissie, avec nombreux points de nécrose.

Lesensemencements sur différents milieux de culture ont permis de déceler le bacille typhique avec tous ses caractères morphologiques.

OBSERVATION XI

(Thèse Théophilidès. Professeur Tédénat)

Kystes dermoïdes des deux ovaires. — Suppuration du kyste droit adhérent à l'appendice suppuré. — Laparotomie. — Excision de deux kystes. — Appendicectomie. — Guérison.

M. R..., 33 ans, ménagère, entre le 3 mai 1891 dans le service de M. le professeur Tédénat. De bonne constitution, sans antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans ; règles toujours abondantes, avec caillots, durant 8 à 10 jours, régulières, souvent douloureuses. Mariée à 21 ans, elle n'a jamais eu de grossesse.

Il y a cinq ans, elle a vu son ventre grossir ; les règles n'ont pas subi de modifications. Mictions plus fréquentes, 8 à 10 le jour, 3 ou 4 la nuit.

Il y a trois mois, douleur subite dans le côté droit du ventre, généralisée après quelques heures ; vomissements répétés pendant 2 jours ; ballonnement du ventre. Cette crise de péritonite s'est éteinte, mais imparfaitement, après une dizaine de jours. Il est resté de l'endolorissement du ventre, de la constipation. Il y a un mois, nouvelle crise analogue à la précédente. La malade a gardé le lit avec des nausées fréquentes, de l'inappétence, une sensibilité générale de tout le ventre, de petits frissons de temps en temps, tantôt le matin, tantôt, le plus souvent, le soir.

4 mai. — Malade amaigrie, pâle, avec de la rougeur aux pommettes, langue rouge. P., 120. T., 38°5. Ventre tuméfié.

On sent une tumeur à deux lobes, de chaque côté de la ligne médiane. Cul-de-sac postérieur libre. Utérus un peu fixé. Les douleurs rendent l'exploration difficile.

M. Tédénat diagnostique kyste de l'ovaire, probablement avec pédicule tordu. A cause de la position superficielle, il pense à un kyste dermoïde. En faveur de ce diagnostic, il invoque l'ancienneté de la tumeur, qui paraît remonter à cinq années.

8 mai. — Laparotomie. Quelques adhérences du grand épiploon un peu induré, mais faciles à décoller. Trois ligatures. Kyste de l'ovaire gauche, du volume de deux poings, à long pédicule cylindroïde, facile à lier. Il est constitué par une poche unique contenant de nombreux poils et deux dents incluses dans une masse uniforme irrégulière.

Kyste droit adhérent au cœcum. L'appendice lui adhère sur une longueur de trois centimètres. A l'union du kyste et de l'appendice, adhérences de couleur gris-jaunâtre, sous lesquelles on voit du pus. M. Tédénat sèche cette surface, remonte à l'origine de l'appendice qu'il lie au ras du cœcum, et coupe au thermocautère entre deux ligatures. Le moignon est cautérisé, inversé et enfoui sous un surjet de la paroi cœcale. Il peut alors amener au dehors le kyste et l'appendice y adhérent. Ligature facile du pédicule mince et long de 4 centimètres.

Suture à deux plans de la paroi. Pas de réaction, le poulx tombe dès le lendemain à 90, la température reste au-dessous de 37°6. Réunion parfaite le 22 mai. La malade quitte l'hôpital le 6 juin.

Le kyste ovarien était un kyste dermoïde auquel étaient annexées trois poches de kystes mucoïdes. Dans le kyste dermoïde, un litre de pus franc, sans odeur, poils en touffes, blocs cartilagineux multiples.

En divisant l'appendice suivant son axe, on y constata une collection de pus dans une poche du volume d'une noix, oc-

cupant l'extrémité distale de l'appendice qui était perforée, de telle sorte que la paroi du kyste formait une partie de la paroi de l'abcès. La perforation avait un centimètre de diamètre.

OBSERVATION XII

(Service du professeur Tédénat. — Recueillie par M. Soubeyran, chef de clinique)

Kyste de l'ovaire suppuré. — Chute du pus dans le péritoine. — Guérison rapide et complète

N. A..., entre à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen, le 15 juillet 1902.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; femme robuste antérieurement. Réglée à 19 ans ; durée des règles deux jours. Règles peu abondantes, sans caillots, avec douleurs abdominales. Pas de leucorrhée antérieure ; pas de fausse couche. Il y a deux mois, elle accoucha d'une fillette ; la grossesse fut très bonne et la malade ne s'était pas aperçue auparavant de la moindre tumeur abdominale. Elle accoucha à terme ; l'accouchement est normal. Elle resta cinq jours au lit, se leva le sixième, resta levée deux jours, puis se recoucha ; elle perdit en rouge trois à quatre jours. Vers le huitième jour une infection se déclare avec 40° et 41°. Depuis lors, elle est restée au lit. Après ses couches la malade s'aperçut que le ventre restait gros ; depuis il paraît ne pas avoir grossi davantage. Elle souffre de temps en temps du ventre, jamais violemment.

Les règles sont revenues trois semaines après (retour des couches) et ont duré deux jours, assez fortes. Depuis lors, elle ne perd ni en blanc, ni en rouge.

La malade a fort maigri, n'est pas affaiblie et a tous les jours des frissons et de la fièvre. Diarrhée fréquente.

Etat actuel. — Femme amaigrie, pâle, faible. Cœur normal. Pouls, 130, petit, mou. T., 38°8. Ne tousse pas. Urines peu abondantes, miction indolore. Appétit nul. Diarrhée, deux à trois selles par jour.

Examen. — Kyste ovarique fluctuant, médian, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Ascite légère. On sent par dépression brusque la poche liquide.

Au toucher vaginal : utérus encore un peu volumineux.

Traitement. — On s'efforce de remonter la malade avant de l'opérer : bouillon, lait, lavements salés, décoction de quinquina, quinine.

20 juillet. — Diarrhée ; on donne du bismuth.

24. — La diarrhée continue. La malade est plus forte. Urines meilleures, plus riches en urée.

26. — Opération. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. On tombe sur un kyste de l'ovaire assez volumineux ; ascite légère : il est ponctionné au trocart, après protection de l'abdomen par des compresses. Il s'écoule un pus abondant (2 litres), blanchâtre, bien lié, sans odeur. Le pus fuse sur les côtés du trocart, envahit le champ opératoire et l'abdomen ; on s'efforce d'enlever la poche ; celle-ci, friable, épaisse, se déchire facilement. Ligature du pédicule. Ablation complète de la poche, dont quelques points adhèrent à l'intestin et surtout à l'épiploon. On touche le moignon au thermocautère. L'utérus et les annexes sont sains. Grands lavages de l'abdomen à l'eau salée (15 litres). Suture. Drainage avec un tube, pansement.

Il reste de l'eau en quantité dans l'abdomen.

27. — La malade va mal.

28. — Le pouls est petit, facies grappé, langue sèche, bou-

che fuligineuse ; vomissements fréquents. On fait une injection de sérum (1 litre) et de strychnine.

29. — La malade a eu un lavement purgatif et a rendu des matières. Elle a fait des gaz. Le ventre est météorisé. Injection intra-veineuse du sérum.

30. — La malade va mieux. Le facies est meilleur. Elle se sent plus forte. La température est tombée, pouls 108, assez fort.

5 août. — Pansement quotidien. Drainage avec un tube ; écoulement abondant. Lavage à l'eau salée carbonatée. Etat général très amélioré. Urines beaucoup plus abondantes (1 litre).

18. — La malade est hors de danger, mange bien et va à la selle tous les jours. Le ventre n'est plus volumineux ; le péritoine est fermé ; le facies bon et engraisé.

1^{er} septembre. — L'opérée quitte l'hôpital complètement guérie, en bon état.

OBSERVATION XIII

(Service du professeur Tédénat. — Recueillie par M. Soubeyran chef de clinique)

Kyste de l'ovaire suppuré, inclus. — Adhérences solides et nombreuses. — Mort dans une cachexie profonde six semaines après l'opération

M..., ménagère, entre à l'hôpital le 13 novembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 90 ans ; mère bien portante, sœur également ; une autre sœur morte de tumeur abdominale, opérée à Lyon à 50 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; femme peu robuste, anémique, amaigrie, ayant les pieds froids ; pas de céphalée. Réglée à 15 ans, elle fut toujours bien réglée

jusqu'à la maladie actuelle ; durée habituelle, 4 ou 5 jours ; ni caillots, ni douleurs. Leucorrhée habituelle. N'a jamais souffert dans le bas-ventre avant la maladie actuelle.

Mariée à 22 ans ; pas de fausses couches ; deux grossesses à terme, accouchements normaux, enfants morts tous deux à l'âge de 15 jours et 6 semaines. Suites des couches normales.

Premier accouchement à 23 ans ; le second à 25 ans.

La malade s'est aperçue, il y a dix mois, que son ventre grossissait, mais depuis 3 mois le volume a un peu diminué. Les règles qui n'avaient pas augmenté d'abord, sont devenues très fortes depuis 10 semaines seulement, durant 10 jours en moyenne ; la malade perd abondamment avec des caillots assez gros, comme des noyaux.

Dans l'intervalle des règles, elle perd quelquefois en rouge, mais en assez petite quantité. Enfin, la malade ressent des douleurs dans les deux fosses iliaques ; ces douleurs sont supportables, jamais de grosses coliques.

Ajoutons qu'elle a eu une grosse perte blanche au début de sa maladie, qui dura un mois. Depuis lors, elle perd un peu en blanc.

Il y a 3 mois, notre malade a eu des douleurs ; le médecin qui la soignait attribua ces douleurs à un commencement d'accouchement. Cet état dura un jour et, à la suite, le ventre diminua fortement de volume.

La malade souffre encore un peu du côté du sacrum et des cuisses.

Etat actuel. — La malade a maigri, elle est pâle. Cœur précipité, pouls 120. Poumon normal. Appétit médiocre, soit vive, diarrhée depuis la maladie, deux à trois selles par jour. Urines peu abondantes, pas de fréquence.

Examen. — Le ventre est saillant sur la ligne médiane. La tumeur dure, remonte à l'ombilic ; elle est mobile, mate. Au

toucher, le col est ramolli, entr'ouvert ; la tumeur fait corps et se meut avec l'utérus d'une façon très nette.

On fait prendre à la malade deux lavements par jour.

22 novembre. — Laparotomie. Anesthésie à l'éther.

A l'incision de la paroi, les muscles apparaissent grisâtres, infiltrés et durcis, comme au voisinage d'une collection.

Le péritoine est extrêmement épaissi ; il est ouvert et il s'écoule un flot de pus très épais et blanc verdâtre. Ce pus est renfermé dans une poche qui remonte à l'ombilic et tient tout le bassin. Cette poche est irrégulière, diverticulée ; sa paroi antérieurement épaissie (1 à 2 centimètres), est adhérente à tous les organes voisins : intestin, péritoine pariétal, utérus, vessie.

La vessie, fixée très haut et comprise dans les fausses membranes, est ouverte ; un surjet la ferme ; elle se déchire de nouveau à côté, on remet un autre surjet. M. Tédénat essaye de décortiquer la poche, mais c'est extrêmement pénible ; l'S iliaque est déchirée en deux points et suturée aussitôt. Des parcelles volumineuses de membranes sont amenées au dehors, mais on ne peut songer à tout enlever.

Pour se reconnaître dans ce magma pelvien, M. Tédénat, à l'exemple de Faure, attaque l'utérus et l'enlève ; le vagin est ouvert. Lavage à l'eau salée chaude (de Tavel). Drainage avec cinq nappes de gaze iodoformée. Suture de la paroi à deux plans laissant la partie inférieure de la plaie ouverte.

L'opération a duré une heure et demie.

On fait une injection de sérum et de caféine. L'opérée, pâle, se réveille bien.

La poche est très épaisse, dure, blanchâtre et dépolie à sa partie interne, rappelant peut-être un kyste dermoïde.

23 novembre. — Nuit calme, facies bon. P., 120. Urines, 500 grammes rouges recueillies par la sonde. Deux injections de 500 grammes. pas de vomissements.

24. — La malade a fait des gaz, ne souffre pas et a reposé la

nuit. Pouls assez ferme. Pas de vomissements. Urines, 500 grammes, rouges, chargées de phosphates.

25. — Nuit bonne, la malade a donné, facies bon ; ne souffre pas. T., 39°3. P., 124, bien frappé. Une selle la veille au soir après lavement glycérimé, une autre ce matin.

26. — Facies légèrement cerné, nuit bonne ; deux injections de sérum de 500 grammes. Une piqûre de morphine. Deux selles hier soir ; pas de ballonnement abdominal. P. 132. T, 39°2. Urines 750, foncées.

Premier pansement ; ablation des mèches abdominales ; lavage à l'eau de Ravel, injection vaginale. Bon aspect de la plaie. L'abdomen est météorisé autour de l'ombilic.

29. — La malade perd ses matières fécales par le vagin, fistule stercorale. La plaie a bon aspect. L'état général se maintient : facies bon. La malade émet ses matières par le vagin ; elle urine par la sonde à demeure, mais le liquide du lavage ressort par la plaie périnéale.

10. — La malade ne progresse pas ; elle prend assez de lait ; on lui donne des lavements ; elle va un peu par l'anus. La plaie se cicatrise lentement.

3 janvier. — Le facies se cerne. T. 38°6 le soir ; la malade décline.

7. — Mort dans une cachexie profonde.

L'examen bactériologique du pus retiré pendant l'opération a été fait par M. le professeur agrégé Moitessier ; en voici le résultat :

Ce pus a donné par ensemencement dans les divers milieux des colonies et des cultures de staphylocoques. Les microbes sont rares dans le pus. A l'examen direct des préparations du pus colorées par la méthode de Gram ou par le bleu, on n'aperçoit que quelques rares formes microbiennes.

La recherche directe du bacille de Koch, par les procédés de coloration, a donné un résultat négatif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abadie** (M. et Mme). — Montpellier médical, 1904.
Bouilly. — De la suppuration des kystes de l'ovaire, 1896, p. 193.
Boursier. — Précis de Gynécologie. Coll. Testut.
Chognon. — Thèse Lyon, 1893-1894.
Commandeur et Frarier. — Semaine gynécologique, 1898.
Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.
Delbet et Le Dentu. — Traité de chirurgie.
Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.
Féraud. — Kystes suppurés de l'ovaire, 1897.
Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.
Fritsch. — Traité des maladies des femmes. Trad. française, 1898.
Gallez. — Histoire des kystes de l'ovaire, 1873.
Greene-Cumston. — Septic infection of ovarian cystoma. (American Journal of obstetric). 1898.
Heinricius. — De l'infection des kystes de l'ovaire. Annales de gynécologie, 1897.
Herman — Lancet, 9 mars 1894.
Kealing et Coé. — Clinical gynecology by American authors, 1885.
Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.
Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires, 1879.
Lemoine. — La suppuration des kyste de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1903.
Lewis et Le Conte. — American Journal of the médical sciences, octobre 1902.
Mangold. — Ueber die infection der ovarial Estome Inaug. diss. Basel, 1895.
Martin A. — Krankheiten der Weiblichen adnexorgane Leipzig, 1899, t. II.
Mauclore. — Annales de gynécologie, 1901.
Michel. — Appendicite et suppuration de l'ovaire. Bull. médical, 1900.
— Semaine gynécologique, 1900, n° 47.
Olshausen. — Die Krankheiten der ovarien, 1886.

- Péan.** — Leçons de clinique chirurgicale, 1888-1894.
Pfannenstiel. — In Veits Handbuch der gynækologie, t. III.
Pit'ha — Kasuistischer Beitrag zur posttyphosen Eiterung in ovarialcysten.
Centralblatt für gynækologie, 1897, n° 37.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
Schwartz. — Annales de gynécologie, 1897
Segond. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
Serguéef. — Thèse de Montpellier, 1902-1903.
Soubeyran et Riche. — Montpellier medical (Société des sciences médicales), 1904.
Spencer-Wells. — Traité de chirurgie abdominale. Trad. franç., 1886.
Terrier. — Revue de chirurgie, 1885.
Terrillon. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Revue de chirurgie, 1887.
Theophilidès. — Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1898.
Troin — Des kystes de l'ovaire dans la grossesse. Thèse Montpellier, 1902.
des kystes de l'ovaire). Rouskii Vrach, 1903, n° 3. (En russe).
Waite-Mary. — Contrib. à l'étude de la rupture du kyste de l'ovaire.
Thèse Paris, 1883.
Werth. — De la suppuration post-typhique du kyste de l'ovaire. (Deutsch.
med Woch, 1893, n° 21.
Zantchenko et Grousdeff — Contrib. à l'étude de la suppur. typhoïde.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 21 juillet 1905
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ,
Montpellier, le 21 juillet 1905
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
